

※インターネット予約をされている方は受付にお申し出ください。※

ふりがな	性別	生年月日
お名前	男 女	年 月 日(歳)
ご住所 〒		
電話番号 ()	携帯電話番号 ()	

(1) 本日はどのような症状で来院されましたか？ 下記の項目に○をつけるかご記入下さい。

その症状はいつ頃から続いていますか 年 月 日 午前/午後 時頃より

鼻(右・左・両側)	水鼻 くしゃみ 膿性鼻汁 鼻づまり においがわからない 鼻血
のど	痛い(痛くて食事がとれない・息苦しい) 飲み込み痛 のどがつまる 声のかすれ 咳 痰 味がわからない 舌・口の荒れ
耳(右・左・両側)	痛い 聞こえが悪い 耳鳴り 耳がふさがる 耳だれ かゆい 耳あか
その他	めまい(吐くほどのめまい) いびき・無呼吸 異物(耳 鼻 喉) 首の腫れ(開口できない 飲み込めない 首を回すと猛烈に痛い) 顔のゆがみ 目のかゆみ 充血 発熱 ()°C

3週間以内での渡航歴: なし あり 年 月 日 ~ 年 月 日 (国:)

(2) 今までに次の病気にかかり、現在治療中、または過去に治療を受けたことがありますか。○をして下さい。

B型肝炎 C型肝炎 糖尿病 高血圧症 脂質異常症 喘息 狭心症 不整脈 緑内障 脳梗塞 脳出血

前立腺肥大 甲状腺疾患 他() *血液サラサラの薬を飲んでいませんか? いいえ・はい

*免疫低下の方、化学療法などで白血球減少の方ですか? いいえ・はい

(3) 今現在、定期通院、投薬をうけていますか? いいえ・はい **お薬手帳は受付にご提示ください**

服用中のお薬:()

(4) 今までに注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹が出たり、合わなかったことがありますか。

いいえ・はい(薬剤名と症状:)

(5) 食物アレルギーはありますか。(例:卵白・牛乳・豆・そば・小麦・魚・肉・貝・果物など)

いいえ・はい()

(6) 局所麻酔剤(歯の治療、傷を縫った時など)でショックを起こしたことがありますか。 いいえ・はい

(7) たばこ:吸わない・吸う(本/日 × 年) アルコール:飲まない・飲む(種類) (量 /日)

(8) 女性の方へ **現在妊娠していますか。** いいえ・はい(カ月) ・可能性ありはいの方 最終月経 年 月 日 ~ 年 月 日 **授乳中ですか** いいえ・はい

(9) 個別の診療報酬の算定項目がわかる明細書を希望されますか? いいえ・はい

(10) **12歳以下の方:体重** kg **ご希望のお薬の形状に○印を。錠剤・粉・シロップ・どれでも可**

来院可能な曜日に○をつけてお答えください

	月	火	水	金	土	いつでも 可能
午前						
午後						